

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

N°

THÈSE

271

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

LORAUX Robert

Né à Rilly-aux-Oies (Ardennes), le 12 Avril 1909

**Contribution à l'étude
de la
tuberculose conjugale**

Président de Thèse : M. CARNOT, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LIPSCHUTZ

4, Place de l'Odéon

1935

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

LORAUX Robert

Né à Rilly-aux-Oies (Ardennes), le 12 Avril 1909

Contribution à l'étude de la tuberculose conjugale

Président de Thèse : M. CARNOT, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LIPSCHUTZ

4, Place de l'Odéon

1935

LE DOYEN : M. ROUSSY.

I. — PROFESSEURS

Anatomie
 Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale
 Physiologie
 Physique médicale
 Chimie médicale
 Bactériologie
 Parasitologie et histoire naturelle médicale
 Pathologie et thérapeutique générales
 Pathologie médicale
 Pathologie chirurgicale
 Anatomie pathologique
 Histologie
 Pharmacologie et matière médicale
 Thérapeutique
 Hygiène et médecine préventive
 Médecine légale
 Histoire de la médecine et de la chirurgie
 Pathologie expérimentale et comparée
 Hydrologie thérapeutique et climatologie

Clinique médicale

Hygiène et clinique de la première enfance
 Clinique des maladies des enfants
 Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
 Clinique des maladies du système nerveux
 Clinique des maladies infectieuses

Clinique chirurgicale

Clinique ophtalmologique
 Clinique urologique

Clinique d'accouchements

Clinique gynécologique
 Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
 Clinique thérapeutique médicale
 Clinique oto-rhino-laryngologique
 Clinique thérapeutique chirurgicale
 Clinique propédeutique
 Clinique de la tuberculose
 Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte

Professeurs sans chaire

MM.
 ROUVIERE.

PROUST.
 Léon BINET.
 STROHL.
 DESGREZ.
 Robert DEBRE.
 BRUMPT.
 BAUDOUIN.
 CLERC.
 CHEVASSU.
 ROUSSY.
 CHAMPY.
 TIFFENEAU.
 LOEPER.
 TANON.
 BALTHAZARD.
 LAIGNEL-LAVASTINE.
 FIESSINGER.
 M. VILLARET.
 ACHARD.
 BEZANÇON.
 CARNOT.
 Marcel LABBE.
 LEREBoullet.
 NOBECOURT.

H. CLAUDE.
 GOUGEROT.
 GUILLAIN.
 LEMIERRE.
 CUNEO.
 GOSSET.
 GREGOIRE.
 LENORMANT.
 TERRIEN.
 MARION.
 BRINDEAU.
 COUVELAIRE.
 JEANNIN.
 J.-L. FAURE.
 OMBREDANNE.
 RATHERY.
 LEMAITRE.
 Pierre DUVAL.
 SERGENT.
 Léon BERNARD.
 MATHIEU.
 HOVELACQUE.
 MULON.
 OLIVIER.
 VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE . Neurologie et Psychiâtrie.
 BENARD (Henri). Pathologie médicale.
 BERNARDEtienne Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BROCC Pathologie chirurgicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHABROL Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 DONZELOT Pathologie médicale.
 FEY Urologie.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 GATELLIER ... Pathologie chirurgicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN .. Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBE (Henri) . Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL .. Obstétrique.

MM.

LAROCHE (Guy). Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 Mlle J. LEVY .. Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI . Neurologie et Psychiâtrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING
 PETIT-DUTAILLIS. . Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIEVRE . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUENU Pathologie chirurgicale.
 RICHT Physiologie.
 SANNIE Chimie biologique.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 SEZARY Dermatologie et syphiligraphie.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VALLERY-RADOT (Pasteur). Pathologie médicale.
 VELTER Ophtalmologie.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. . Parasitologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI Clinique médicale.
AUBERTIN Clinique médicale.
BRULE Clinique médicale.
CHIRAY Clinique médicale.
DUVOIR Clinique médicale.
HARVIER Clinique médicale.
LIAN Clinique médicale.

MM.

ECALLE Clinique obstétricale
GUENIOT Clinique obstétricale
LE LORIER Clinique obstétricale
LEVY-SOLAL ... Clinique obstétricale
METZGER Clinique obstétricale

MM.

BASSET Clinique chirurgicale.
CADENAT Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER . Clinique chirurgicale.
MOCQUOT Clinique chirurgicale.
MOURE Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ Clinique chirurgicale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé Education physique.
FREY Stomatologie.
LEDoux-LEBARD Radiologie clinique.
WEIL-HALLE Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MERE

A MON PERE

A qui je dois tout, pieux hommage
de ma profonde reconnaissance et de
mon grand amour filial.

A MON FRERE

A MA FAMILLE

A la mémoire de mon oncle,
tombé au champ d'honneur

A MA FIANCEE

A MES AMIS

A mon président de thèse
M. le Professeur CARNOT

Médecin de l'Hôtel-Dieu
Membre de l'Académie de Médecine

Hommage de profonde et respec-
tueuse gratitude.

A mon maître, M. le docteur E. LIBERT
ancien chef de clinique médicale à la Faculté,

A qui je dois les éléments de ce travail ; en témoignage de ma reconnaissance pour la sollicitude dont il m'a toujours entouré, et les précieux conseils qu'il m'a prodigués.

A M. le docteur CHEVRIER
chirurgien de la Pitié

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX
ET A LA FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

CHAPITRE I^{er}

INTRODUCTION

La tuberculose conjugale, que nous nous proposons d'étudier dans ce travail, représente un cas tout particulièrement intéressant du problème de la contamination tuberculeuse chez l'adulte.

Or, ce problème est encore loin d'être résolu actuellement de façon absolue et définitive. Sans doute, nous ne sommes plus à l'époque où *Villemin* avait à démontrer, en 1865, — au moment des découvertes pastoriennes, où le monde savant se passionnait encore pour la question de la génération spontanée, — l'inoculabilité et le caractère virulent de la tuberculose déjà pressentis génialement par *Laennec*, mais niés par la plupart des contemporains de *Villemin*, dont l'affirmation était contestée par *Chauffard*, *Collin*, *Piorry*, et provoquait de la part de *Pidoux* une protestation véhémement comme celle-ci : « Des expériences sur les animaux vous donnent tels ou tels résultats, et au lieu de les contrôler par l'expérience clinique et par toutes les données de la physiologie humaine, vous échafaudez sur elles une doctrine géné-

rale de la tuberculose humaine et de toutes les maladies ! Pour cela, vous renversez toutes les notions acquises. Il faut que nous acceptions, du jour au lendemain, que la phtisie tombe des nues, et que dans sa pathogénie, le sujet, la constitution, les conditions hygiéniques, l'hérédité, les diathèses, ne sont rien et que tout est sur la lame d'une lancette chargée d'un virus tuberculeux impossible provenant sans doute d'un tuberculeux, qui le tenait d'un autre et ainsi de suite jusqu'au premier homme qui ne le tenait pourtant de personne et devait l'avoir formé de toutes pièces. »

Mais après que les travaux de Villemin eurent été consacrés d'une façon universelle, lorsque *Erard, Guéneau de Mussy, Hardy, H. Bouley*, puis surtout *Chauveau* eurent apporté leurs observations, confirmées par celles de *Klebs*, de *Conheim* en Allemagne, de *Clark* en Angleterre, lorsque *Chauveau* en 1868, trois ans après les premières publications de Villemin et les protestations indignées de Pidoux put écrire :

« Il est prouvé maintenant que l'identité de la tuberculose et des maladies reconnues virulentes est si complète et si absolue qu'il faut, ou bien reconnaître à la tuberculose le caractère de la virulence, ou bien nier la virulence elle-même. La conséquence que Villemin a tirée de ses faits d'inoculation a bien la valeur qu'il lui a attribuée », on admit pendant un certain temps sans aucune restriction et d'une façon absolument exclusive l'origine contagieuse de toute tuberculose. Cette notion parut recevoir sa consécration définitive lorsqu'en 1882 *Robert Koch* isola le bacille de

la tuberculose, et de toutes parts ce fut une éclosion de travaux confirmant la nature infectieuse et contagieuse de la maladie :

En ce qui concerne plus particulièrement la tuberculose conjugale, *Vallin* rapporte à la Société Médicale des Hôpitaux, en 1886, 107 cas de contamination entre conjoints. A l'étranger, on note également des enquêtes faites par : *Bowditch*, aux Etats-Unis, en 1878 ; par la « Société Italienne d'Hygiène » en 1884 ; par la « Wiener Medizinische Presse » et par la « Société de Médecine de Berlin » (1884). Plus tard, en 1899, des communications sont faites au Congrès français de Médecine, par *Lemière* sur « la contagion maritale de la tuberculose ».

Mais, peu à peu, les faits cliniques, les observations anatomo-pathologiques et les expériences se multipliant, on en vint à penser que peut-être, il ne convenait pas de substituer entièrement les théories nouvelles aux théories anciennes qui tenaient compte du terrain, mais plutôt de modifier celles-ci par celles-là. De toute une série de travaux, semblait en effet se dégager la notion que si l'espèce humaine dans sa totalité est inoculable par le bacille de Koch, cependant dans les conditions ordinaires de la vie et surtout de la vie citadine, la réceptivité à l'apport du germe par l'extérieur varie grandement suivant l'âge. On en vint à se demander si la tuberculose ne pouvait pas comporter, comme d'autres maladies dont une première atteinte, quelle que soit l'évolution des accidents morbides qu'elle détermine, — voire même lors-

qu'elle est suivie d'une guérison apparente, — laisse cependant subsister dans l'organisme quelques germes vivants, sinon virulents, qui entretiennent un état spécial et confèrent à l'organisme une immunité particulière, que les auteurs modernes, avec Debré et H. Bonnet proposent d'appeler *immunité de surinfection*, par opposition à l'*immunité de réinfection* ; cette dernière reste possible dans les mêmes maladies par le germe qui, plusieurs années après sa pénétration dans l'organisme, et après une période de sommeil variable, peut reprendre de l'activité. Il en est ainsi dans la syphilis, dans la morve, le paludisme, dans certaines piroplassomoses et diverses trypanosomiasés.

Les arguments en faveur de cette hypothèse semblent assez nombreux. Les cliniciens, tout d'abord, ont montré que certaines formes atténuées ou certaines localisations de la tuberculose, lorsqu'elles étaient suivies d'une guérison apparente, entraînaient une résistance de l'organisme aux réinfections tuberculeuses exogènes : c'est ainsi que, dès 1886, *Marfan* établit que les écrouelles jouissaient de ce privilège et qu'il ne survenait presque jamais de tuberculose évolutive chez les sujets qui « ont été atteints d'écrouelles pendant l'enfance et qui ont été guéris avant l'âge de 15 mois, cette guérison ayant eu lieu avant qu'aucun autre foyer de tuberculose ait été appréciable ». Cette *loi de Marfan* devait acquérir toute son importance après que *Calmette* l'eût vérifiée par l'expérimentation sur les animaux et par une enquête menée par lui en 1908.

Parallèlement aux constatations cliniques, l'expé-

rimentation démontrait qu'une première inoculation confère à l'organisme une certaine forme de résistance vis-à-vis d'une nouvelle inoculation. En effet, *Koch* avait établi la différence de comportement du cobaye sain et du cobaye déjà tuberculisé vis-à-vis d'une introduction de bacilles par voie sous-cutanée. Ce phénomène de *Koch* est actuellement universellement connu et établit d'une façon frappante, la résistance du cobaye tuberculeux aux surinfections exogènes, bien qu'il conserve une sensibilité très grande aux réinfections endogènes.

D'autres faits militent dans le même sens : par exemple, les expériences de *Rœmer*, qui, inoculant par voie sous-cutanée le même jour à des cobayes normaux et à des cobayes tuberculisés depuis plusieurs mois avec des bacilles affaiblis, une dose égale de bacilles virulents, constate que les animaux du dernier groupe présentent une réaction fébrile fugace et de l'amaigrissement peu de temps après l'épreuve mais ne succombent qu'au bout de 7 à 9 mois, alors que les animaux du premier groupe meurent de granulie en quelques semaines ; il conclut que les surinfections sont inopérantes et que les cobayes tuberculeux opposent une résistance efficace à la réintroduction dans leur organisme d'une nouvelle dose de bacilles de *Koch*.

Enfin et surtout, après ces constatations établissant, soit par la clinique humaine avec *Marfan*, soit par l'expérimentation avec *Koch*, *Calmette*, *Guérin*, *Rœmer*, *Vallée* et *Rossignol*, et toute une série d'au-

teurs, la résistance plus grande aux infections exogènes des sujets déjà inoculés, une série de travaux émanant des pays les plus divers établissent la fréquence extrême de la contamination tuberculeuse de l'homme dans les premières années de la vie, et la modification du terrain produite par cette première inoculation.

Les travaux de *von Pirquet*, en effet, établissent dès 1903 la notion aujourd'hui bien connue d'*allergie*, et la pratique des cuti-réactions aussi bien que les travaux anatomo-pathologiques de *von Naegeli*, par exemple, montrent que la contamination tuberculeuse existe chez l'adulte dans une proportion que les statistiques les plus modestes considèrent comme supérieure à 70 %, et que celles de *von Naegeli* portent à 96 ou 98 %, à partir de la 18^e année chez les habitants des agglomérations urbaines.

La clinique, d'autre part, établit sans conteste possible la différence d'évolution de la tuberculose chez l'enfant et chez l'adulte, et conduit à considérer celle-ci comme le résultat d'une réinfection.

Ces différents faits sont donc aujourd'hui bien établis et quelques points seulement sont encore en discussion. Tout d'abord, cette réinfection, à laquelle est due la tuberculose de l'adulte lorsque celle-ci se développe, est-elle d'origine exogène ou endogène ? Si les faits que nous avons relatés plus haut tendent à faire admettre la résistance plus grande de l'adulte aux réinfections exogènes, ils ne démontrent pas que celles-

ci soient chez lui impossibles ; et à ce sujet *Léon Bernard* écrivait : « On n'est pas encore fixé sur la fréquence respective des surinfections exogènes : les enseignements tirés de la guerre semblent donner la prépondérance aux premières, à en juger d'après la statistique que j'ai publiée avec Mantoux et Jacquet. »

Et d'autre part, même si, dans la règle, le rôle des surinfections endogènes est prédominant, n'y a-t-il pas, soit des conditions de l'organisme, soit des conditions particulières de contamination qui permettent à ces affections exogènes de se produire parfois ? A lire certains travaux comme ceux de *Pissavy*, qui trouve 3,8 % d'étudiants en médecine contractant la tuberculose au début de leur fréquentation hospitalière, alors que cette proportion s'élève à 8,5 % dans les services spéciaux de tuberculeux, comme ceux de *Rist* qui, sur 12 infirmières préposées à son laboratoire aux analyses bactérioscopiques, en voit 8 contracter une tuberculose qui 2 fois a été mortelle, on acquiert la double impression que la contamination de l'adulte par apports exogènes n'est pas impossible, et que la quantité de bacilles apportés, la répétition des apports, constituent des facteurs importants.

Or, la vie conjugale réalise au maximum toutes ces conditions : apports incessants au cours des différents moments de la journée, apports massifs, puisque c'est bien souvent jusqu'à la fin d'une maladie progressive entraînant une destruction pulmonaire de plus en plus étendue s'accompagnant d'une expectoration bacillifère de plus en plus importante, que le conjoint indemne devra soigner le malade.

Aussi cette question présente-t-elle un intérêt particulier, puisque sa solution peut à la fois éclairer nos doctrines et comporter comme corollaire des mesures prophylactiques différentes suivant que la réponse à cette enquête sera affirmative ou non.

CHAPITRE II

REPOSES APPORTEES JUSQU'ICI PAR LES DIFFERENTS AUTEURS

L'importance du problème de la tuberculose conjugale a d'ailleurs, dès que fut admise la nature virulente de la tuberculose, retenu l'attention des médecins, et les travaux qui se sont efforcés de lui donner une solution sont innombrables : Villemin lui-même posa la question et fit avec Vallin une vaste enquête sur ce sujet auprès du corps médical : la note qu'il adressait aux médecins pour diriger leurs investigations prouve qu'il attachait une grande importance à l'intimité des contacts, à leur répétition, à l'abondance des germes infectants, comme aussi aux conditions susceptibles d'affaiblir l'organisme, de diminuer sa résistance, et de faciliter la contamination. Voici en effet le texte de la note qu'adressaient aux médecins Villemin et Vallin :

« Antécédents héréditaires et santé antérieure de part et d'autre.

Le survivant, devenu malade à son tour, a-t-il

partagé le lit, la chambre du conjoint phthisique jusqu'à une période avancée de la maladie?

Dans ce cas, le sol de la chambre, la literie, l'alcôve étaient-ils souillés par les produits de l'expectoration ?

Quelle part faut-il faire aux fatigues, aux émotions, à la vie confinée, à la prédisposition dans le développement de la tuberculose chez l'époux survivant?

Dates de début de la vie en commun, du décès, du début de la tuberculose transmise. »

Il était naturel que Villemin, voulant corroborer par l'étude des faits cliniques les conclusions que lui avaient imposées ses expériences d'inoculation, attachât à la tuberculose conjugale une importance toute spéciale : nulle condition en effet, plus que la vie conjugale, ne réalise toutes les circonstances propres à la contagion : il était logique, à partir du moment où l'on admettait la notion de contagion, de considérer que celle-ci se produisait avec d'autant plus de fréquence que le contact entre le malade et le sujet sain était plus répété, les germes plus nombreux et les portes d'entrée multipliées. Ces notions que Villemin et ses contemporains pouvaient seulement pressentir ont été développées par les travaux modernes qui ont, d'une part, établi la différence entre les infections accidentelles et oligo-bacillaires et les infections massives et répétées (travaux de Bezançon et Serbonnes et de différents auteurs) et qui ont, d'autre part, établi la possibilité pour le germe infectant d'être véhiculé par des

sécrétions multiples et de pénétrer dans l'organisme par des voies nombreuses.

Nous ne reviendrons pas sur la fréquence de la contamination par la voie respiratoire. C'est de toutes la plus anciennement connue et la plus universellement admise. Les travaux de Flügge et le rôle des « gouttelettes microbiennes » dans la propagation de la maladie sont actuellement classiques et nous n'avons pas besoin d'y insister. De même on connaît bien aujourd'hui la possibilité d'infection par la voie digestive; déjà admise par *Chauveau*, elle fut établie ensuite par *Nicolas*, *Descos* qui ont prouvé le passage des bacilles de Koch vivants et virulents des voies intestinales dans le chyle. Les travaux de *Dobroklonsky* montrant la possibilité pour le microbe de traverser les parois intestinales saines et d'atteindre ainsi les ganglions mésentériques et le péritoine sans qu'il existe de tuberculose des voies digestives, sont également connus de tous. On sait enfin que *Behring*, *Calmette* et *Guérin* ont soutenu la fréquence de la contamination par les voies digestives. Celle-ci est d'ailleurs facilitée par le fait que les gouttelettes microbiennes salivaires de Flügge ne sont pas les seuls vecteurs du bacille, mais que celui-ci, dont *Drochon* écrivait déjà en 1882 qu'il pouvait être contenu dans tous les liquides de l'organisme, a été retrouvé dans les matières fécales, dans les urines (*Berthier*), dans la bile. *Calmette* et *Guérin* ont montré la fréquence de cette élimination biliaire chez les bovins et les porcins. *Carnot* et *Libert*, puis *Crémieux* et *Olmer* l'ont vérifiée dans

la bile extraite par tubage duodénal chez l'homme. Mais cette contamination par les voies respiratoires et par la voie digestive s'applique à tous les cas de contamination tuberculeuse. D'autres modes de propagation sont plus spéciaux à la tuberculose conjugale. *Pièry* a établi la présence du bacille en quantité parfois importante dans la *sueur* des tuberculeux. On sait quelle est l'abondance des transpirations nocturnes de certains malades et l'on conçoit l'importance que peut prendre ce facteur lorsque le conjoint indemne partage la couche du malade.

Enfin la contamination par *le sperme* et la pénétration par les *voies génitales* ont été également admises :

Le professeur *Spillmann*, au Congrès de 1909, a Nancy, a cité 8 cas de contagion évidente sur 57 ménages étudiés. De nombreuses expériences ont été faites par *Landouzy* et *Martin* ; elles ont été répétées et on a constaté que des cobayes inoculés avec du sperme de tuberculeux font des lésions caractéristiques de la cavité péritonéale. Si le malade est porteur de lésions tuberculeuses génitales et en particulier s'il existe une orchio-épididymite, le sperme est encore plus virulent. On est donc fondé à dire que la contamination peut s'opérer par le coït.

Toutes ces considérations devaient inciter à penser que la tuberculose conjugale serait, dans la pratique, fréquemment observée. Et de fait, toute une série de travaux semblent aboutir à une pareille conclusion. Ceux, par exemple, de *Compin* en 1870, de *Mus-*

grave Clay en 1879 qui rapporte 111 cas avec une forte proportion de tuberculose conjugale, de *Drochon* en 1882, de *Vallin* qui, en 1886, à la Société Médicale des Hôpitaux, en rapporte 107 cas et conclut: « Dans la classe aisée, la contagion de l'époux tuberculeux au survivant paraît n'avoir lieu qu'une fois sur dix. Cette proportion est notablement plus élevée dans les classes pauvres ou peu aisées. »

Nous rappellerons également le travail de *Bowditch* de Boston, en 1878, portant sur 110 cas, les enquêtes faites par la Société italienne d'Hygiène, en 1884, par la « Wiener Medizinische Presse » et la « Société de Médecine de Berlin » en 1884, les communications de *Lemière* au Congrès français de Médecine en 1899 sur la « contagion maritale de la tuberculose ». Plus près de nous, en 1919, *Ward*, en Angleterre trouve une proportion de 58 % de tuberculeux parmi les conjoints de ses malades mariés, alors que la proportion serait seulement de 20 % dans l'entourage des tuberculeux célibataires et 5 % dans l'entourage des sujets sains.

En 1922 *Roussel*, de Nancy, trouve, sur 147 cas de tuberculoses ouvertes, 22 cas de contagion, soit 11,56 %.

Enfin, tout récemment, l'assemblée de Médecine Générale française a consacré l'une de ses assises à ce sujet et, bien que la discussion générale engagée dans cette réunion aboutisse à la notion de la rareté relative de la tuberculose conjugale, (environ 10 %), nous pouvons relever dans la synthèse faite par H.

Godlewski des phrases telles que les suivantes :

« La tuberculose conjugale atteint à peine 10 % des conjoints exposés, *mais elle n'est pas niable.* »

« La rareté de la tuberculose conjugale ne permet pas de conclure à la non-contagion du conjoint. »

« La femme est frappée en plus grande proportion au cours de la vie conjugale. »

« *Il paraît dangereux au point de vue social de dire que la tuberculose conjugale est une rareté ;* mais une notion excessive du rôle de la contagion de la tuberculose chez l'adulte fausse la lutte antituberculeuse et aboutit à faire du tuberculeux même guéri un paria chassé de partout. »

« Malgré la rareté de la tuberculose conjugale *il faut tenir compte de la contagion toujours possible.* La malpropreté, la promiscuité, l'alcoolisme et le mépris des règles les plus élémentaires de l'hygiène augmentent les chances de contagion. »

A la même séance le docteur *Pironneau* apporte un travail portant sur 905 ménages, et en retient 81 dans lesquels il admet la tuberculose conjugale et conclut : « *La tuberculose conjugale nous paraît un témoignage presque expérimental de la contamination d'adulte à adulte,* conception qui n'exclut en rien le rôle de l'hérédité et du terrain, et qui, au point de vue social, le plus important à notre avis, justifie tous les efforts pour la combattre. »

Dans les mêmes assises, *Miriel, Libert*, admettent la possibilité, avec une fréquence variable, de la contamination conjugale.

Mais, à côté de ce groupe de travaux tendant à établir la réalité, au moins dans un certain nombre de cas, de la contagion entre conjoints, d'autres sont moins affirmatifs ou vont même jusqu'à la rejeter absolument en doute.

Nous comptons parmi ces travaux favorables à l'idée de la non-contagion celui d'Arnould qui a groupé 48 statistiques faites dans 9 pays différents de 1890 à 1924 et qui réunit ainsi un total de 53.069 ménages dont l'un des conjoints était tuberculeux. La maladie a atteint le deuxième conjoint dans 4.472 cas, soit une proportion d'environ 8,5 % ; mais nous ne sommes pas autorisés à conclure de la coïncidence de la tuberculose chez les 2 époux dans 8,5 % des cas, à la contagion dans cette même proportion.

De même, Jousset, en 1892, sur 51 ménages observés, ne relève que 2 cas de contagion, et Ricochon, qu'il cite, n'en relève aucun sur 59 autres.

H. Lee-Barnes (1921), dans sa statistique du sanatorium de l'Etat de Rhode-Island, aux Etats-Unis, trouve un pourcentage de 2,7 % sur 2262 cas étudiés.

En France, depuis quelque temps, A. Lumière s'est fait le défenseur le plus absolu de cette théorie de la non-contagion de la tuberculose. Non seulement il écrit : « Après avoir étudié pendant plus de 30 ans des familles de tuberculeux... nous n'avons pas encore réussi à dépister un seul cas de contagion conjugale indiscutable », mais encore il construit une théorie neuve et séduisante, d'après laquelle cette contagion serait impossible ou à peu près. En effet, il décrit deux

maladies tuberculeuses différentes : l'une, qui serait due à la pénétration dans l'organisme de bacilles de Koch acido-alcool-résistants, et qui évoluerait alors dans un organisme vierge de toute infection antérieure, tel que celui des enfants ; l'autre qui serait caractérisée par son polymorphisme, la lenteur de son évolution, la tendance à la guérison, parfois après plusieurs récidives, devrait être distinguée, non seulement de la tuberculose des sujets neufs, mais également des tuberculoses expérimentales, et résulterait d'une infection opérée pendant la vie intra-utérine par l'ultra-virus tuberculeux.

A. Lumière affirme qu'expérimentalement cette forme de tuberculose peut être reproduite par inoculation prénatale alors qu'elle est impossible dans les conditions ordinaires.

Pour la tuberculose conjugale, il fait remarquer que les statistiques établissent sa fréquence dans la même proportion que dans n'importe quel autre groupement humain, et que dans les cas étudiés on n'a pas pris soin de faire de minutieuses enquêtes cliniques et radiologiques sur l'état de santé réel des ascendants, en apparence sains, des conjoints examinés. On ne peut dès lors affirmer que beaucoup de cas, étiquetés à tort « tuberculose conjugale », ne correspondent pas en réalité à des phases évolutives d'une *héredo-tuberculose*. Il déclare en définitive : « Nous ne pourrions admettre la contagion conjugale que comme un fait exceptionnel, si toutefois son existence est bien réelle. »

La lecture des travaux consacrés à cette question ne permet donc pas une conclusion définitive, la contradiction subsiste entre « contagionnistes » et « non-contagionnistes » et c'est pourquoi nous avons, à notre tour, abordé cette étude et tenté d'y apporter notre contribution personnelle.

CHAPITRE III

STATISTIQUE PERSONNELLE

Notre statistique personnelle a été faite au sanatorium féminin de Corneilles-en-Parisis, depuis sa fondation en 1931 jusqu'à ce jour. Environ 260 femmes tuberculeuses y ont été soignées durant ces quatre années. Nous avons traité des malades à tous les stades, depuis les lésions discrètes d'un sommet jusqu'aux formes bilatérales excavées. Nos recherches ont porté sur 105 femmes tuberculeuses, ayant une expectoration bacillifère.

Nous avons trouvé 24 fois l'atteinte simultanée des deux époux, contrôlée par des examens radiologiques et la présence de bacilles dans les crachats, ce qui donne une proportion de 22,8 %.

Mais nous n'avons pas cru devoir accepter ce chiffre sans critique et nous nous sommes appliqué à discriminer les cas de coïncidence fortuite de la maladie chez les deux conjoints de ceux qui relevaient de la contagion.

Nous avons d'abord éliminé 3 cas où le conjoint, en apparence contaminé, avait en réalité présenté plus

ou moins longtemps avant son mariage des manifestations morbides dont la nature tuberculeuse était évidente ou pouvait être soupçonnée : il est clair, en effet, qu'en pareille circonstance la prétendue « tuberculose conjugale » doit être tenue pour une reprise d'une tuberculose antérieure, peut-être facilitée par les conditions de la vie conjugale, mais non imputée à une contamination par l'époux malade.

Nous n'avons pas davantage retenu les cas où la contamination conjugale s'est exercée sur un sujet récemment transplanté de la campagne ou de la montagne : nul ne nie plus en effet la possibilité de la contagion chez de tels sujets tenus longtemps à distance de tout foyer tuberculeux et non allergiques. Ces faits ne rentrent donc pas dans le cadre de notre étude.

Nous avons cru devoir éliminer aussi 8 cas dans lesquels nous avons trouvé des antécédents pulmonaires chez les parents des conjoints : sans admettre en effet la très grande fréquence de l'hérédo-tuberculose, nous pensons avec la majorité des auteurs, que l'enfant élevé dans un foyer tuberculeux, soumis à une période de son existence où l'allergie ne s'est pas encore développée, à des contacts répétés avec le bacille, contracte très fréquemment la tuberculose : on doit donc penser que la maladie qui se développe après le mariage, et qu'après enquête sommaire on serait tenté d'inscrire au compte de la contagion, est en réalité le réveil d'une tuberculose contractée dans l'enfance au foyer familial et demeurée longtemps plus ou moins complètement latente.

Pour obéir aux mêmes considérations et par souci d'exactitude, nous avons éliminé encore 2 cas dans lesquels nous n'avons pu obtenir de renseignements précis ni vérifier les antécédents des conjoints.

Ainsi corrigée, notre statistique nous fait retenir, sur 105 ménages, 11 cas de contagions conjugale dont voici les observations :

OBERVATION I

Madame Germaine D..., âgée de 31 ans, ménagère, entre au sanatorium en janvier 1932.

Sa maladie a débuté dans le courant de l'année 1928, par de petites hémoptysies, de l'amaigrissement, de l'aménorrhée et une toux persistante. On examine les crachats et on ne trouve rien. Plusieurs radios faites en 1928, 1929 et 1930 ne montrent rien.

Enfin, en août 1931, la toux augmente. La malade crache des bacilles et la radiographie montre une infiltration des 2 lobes supérieurs droits. Un pneumothorax artificiel droit est créé le 19 août 1931, à Ville-neuve-Saint-Georges. Depuis cette époque, la malade a repris du poids, son état général s'est beaucoup amélioré. Elle retourne chez elle en avril 1932.

Antécédents personnels. — Rougeole. Réglée à 13 ans.

Elle a trois enfants bien portants.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants.

7 frères et sœurs en bonne santé.

Le mari, est un gazé de guerre, qui a fait à la suite une évolution tuberculeuse. Il a cohabité avec sa

femme jusqu'au moment de son départ dans un sanatorium des Vosges, à la fin de 1927. On ne relève rien dans ses antécédents au point de vue pulmonaire.

OBSERVATION II

Madame Hélène L..., âgé de 37 ans, ouvrière d'usine, entre le 14 décembre 1931. Le début de la maladie remonte en 1931, peu de temps après la mort de son *mari*, décédé en mars 1931, de tuberculose pulmonaire. (On lui avait créé 2 pneumothorax).

On a créé le 8 mai 1932 un pneumothorax artificiel gauche, puis un droit le 3 juillet 1932.

Evolution rapide vers un pyopneumothorax gauche, abandon du pneumothorax droit pour symphyse. Mort en décembre 1933.

Antécédents personnels. — Régée à 13 ans 1/2. Rougeole.

N'a pas d'enfant.

Antécédents héréditaires. — Rien à relever. Les parents sont morts de vieillesse.

Le mari a cohabité et partagé le lit de sa femme jusqu'à sa mort en mars 1931. Rien à relever dans ses antécédents: aucune affection pulmonaire.

OBSERVATION III

Madame Mathilde G..., 32 ans, ouvrière d'usine, nous est confiée en mars 1932. La maladie a débuté

insidieusement, vers le moi d'avril 1931. A ce moment, on notait, à l'examen radiographique une série de taches dans la région inter-cléido-hilaire gauche ; en avril 1932, les lésions étaient beaucoup plus étendues, avec plusieurs images cavitaires dans le 1/3 supérieur du poumon gauche, et quelques taches dans les régions sus- et sous-claviculaire gauches.

On a tenté sans succès un pneumothorax artificiel gauche en mai 1932, puis on a pratiqué une phrénicectomie gauche en octobre 1932. (D^r Baumann, à l'Hôtel-Dieu).

Malgré tous les traitements institués depuis, la malade est décédée en septembre 1934.

Antécédents personnels. — Rougeole. Régée à 13 ans.

A une fille de 6 ans, en préventorium.

Antécédents héréditaires. — Rien, au point de vue tuberculeuse.

Le mari est mort en avril 1931, de tuberculose pulmonaire. Jusqu'à sa mort, il a été soigné et a partagé sa couche avec sa femme.

Rien à signaler dans ses antécédents.

OBERVATION IV

Madame Suzanne M., 20 ans, sans profession, entre au sanatorium le 7 août 1932. Elle est mariée depuis 2 ans 1/2. Le débat est lent et insidieux par une laryngite en juin 1931, de l'amaigrissement et une toux opiniâtre.

A son arrivée, on trouve, à l'examen radiographique, une tuberculose micro-nodulaire bilatérale excavée.

On crée un pneumothorax droit le 27-10-32, puis un gauche le 19-1-33. La malade fait, d'autre part, une péritonite tuberculeuse. Malgré toutes les thérapeutiques instituées, elle meurt en décembre 1934.

Antécédents personnels. — Typhoïde à 14 ans. Régée à 13 ans.

Ni enfants, ni fausses couches.

Antécédents héréditaires. — Mère décédée de tuberculose pulmonaire. Madame M... l'a soignée et a été en contact permanent avec sa mère jusqu'à sa mort.

Le mari, bien portant à l'époque de son mariage, et dans les antécédents de qui on ne relève rien au point de vue pulmonaire, tombe malade dans le courant de 1933. On crée un pneumothorax droit. Depuis, il est en traitement au sanatorium de Liancourt et se porte bien.

OBSERVATION V

Madame Germaine H..., 39 ans, sans profession, entrée le 2 juillet 1931.

Début de la maladie en janvier 1931, par une « grippe ». Les lésions se sont rapidement étendues des deux côtés.

Création d'un pneumothorax droit le 8 août 1932, puis d'un gauche le 5 janvier 1933.

Décédée à l'hôpital d'Argenteuil en décembre 1933.

Antécédents personnels. — Rougeole.

Crises de R.A.A.

— A deux enfants en préventorium.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Le Mari, est décédé en 1930, de tuberculose pulmonaire.

Conditions de vie et d'habitations très précaires.

Contact étroit avec sa femme jusqu'à sa mort.

OBSERVATION VI

Madame Marcelle N..., 37 ans, sans profession, nous est confiée le 29 mai 1931.

Le début de la maladie remonte en mars 1931, par de la toux, de l'amaigrissement.

Examen radiographique : à gauche, quelques taches disséminées. À droite : 1/3 supérieur diminué de transparence d'une façon homogène; grosse cavité à la base.

On crée le 18 juin 1931, un pneumothorax du côté droit, qu'on abandonne en janvier 1932, pour symphyse, à la suite d'un épanchement purulent. On institue alors une cure de sels d'or; la malade reprend un bon état général, et quitte le sanatorium en mai 1932, bien portante.

Antécédents personnels. — Rien à signaler. Régée à 12 ans.

A deux enfants bien portants.

Antécédents héréditaires. — Parents morts de vieillesse.

A eu un 1^{er} *mari*, mort de tuberculose pulmonaire en 1925. Puis, un 2^e *mari*, bien portant avant son mariage, en 1927 et qui est tuberculeux depuis 1931.

OBSERVATION VII

Madame Henriette T..., 25 ans, sans profession, entrée le 6 juillet 1931. Elle est mariée depuis 5 ans.

Début de la maladie en janvier 1931 : congestion pulmonaire, petites hémoptysies; elle tousse et crache très peu, mais on trouve des bacilles dans ses crachats.

Examen radiographique :

A gauche : I.T.N.

A droite : cavité des dimensions d'une grosse noix à la partie inférieure et externe de la scissure qui est épaissie.

Traitement par sels d'or.

Sort en septembre 1931.

Antécédents personnels. — Rougeole.

Néphrite.

Réglée à 14 ans. Pas d'enfant.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant.

Mère décédée accidentellement.

Le mari, envoyé en sanatorium en 1930, est tombé

malade en 1929; il a cohabité avec sa femme jusqu'à son départ en sanatorium.

Mort à l'hôpital de Roubaix en novembre 1930.

OBSERVATION VIII

Madame Eugénie D..., 36 ans, ouvrière d'usine, est entrée le 18 juin 1934.

Début de la maladie en mars 1927.

A son entrée, on trouve à l'examen radioscopique, une grosse cavité du sommet gauche et quelques taches discrètes dans la région sous-claviculaire droite.

On crée, en 1929, un pneumothorax gauche, qui existe jusqu'en 1932. On pratique une phrénicectomie du même côté en octobre 1932.

2° Tentative de pneumothorax gauche le 11 octobre 1934, qu'on abandonne définitivement en décembre 1934.

La malade sort le 21 décembre 1934; on envisage une thoracoplastie gauche.

Antécédents personnels. — Rougeole.

— « Chlorose » à 18 ans.

— A fait trois fausses-couches.

A trois jeunes enfants, dont l'un est tuberculeux.

Antécédents familiaux. — Mère tuberculeuse.

Père décédé : cause inconnue.

Une sœur décédée de tuberculose pulmonaire.

Le mari, bien portant au début du mariage, et dont les antécédents ne révèlent rien de suspect, meurt en 1931 de tuberculose pulmonaire.

OBSERVATION IX

Madame Hermance F..., 50 ans, sans profession, entrée le 14 décembre 1931.

Début de la maladie en mai 1931.

Lésions bilatérales, surtout marquées à droite. A fait le 21 novembre 1933, un pneumothorax spontané du côté droit, avec liquide, qui est devenu rapidement purulent. La malade est encore actuellement au sanatorium et se porte très bien.

Antécédents personnels. — Rien à signaler.

A eu 4 enfants, tous décédés de tuberculose pulmonaire. Le 5^e est en traitement à Berck depuis 3 ans.

Antécédents héréditaires. — Parents décédés très âgés.

Le Mari, est mort de tuberculose en 1926.

Sa femme l'a soigné, chez lui, jusqu'à sa mort.

On relève 2 tuberculeux dans sa famille.

OBSERVATION X

Madame Marie B. C..., 52 ans, entre au sanatorium le 4 août 1934.

Le début de son affection se place en avril 1934.

Elle a été soignée, avant son entrée au sanatorium, à l'hôpital Cochin. On a créé un pneumothorax gauche qu'on a abandonné pour symphyse. On a pratiqué ensuite une phrénicectomie gauche.

Cure actuelle de cadior. Evolution du côté droit.

Antécédents personnels. — R.A.S.

A une fille bien portante.

Antécédents héréditaires. — Parents décédés de mort naturelle, à un âge avancé.

Le mari, dont la première atteinte tuberculeuse remonte en 1906, quelques années après le mariage, est mort en 1926. Ses parents étaient morts également de tuberculose pulmonaire. Sa femme l'a soigné et a partagé son lit jusqu'à sa mort en 1926.

OBSERVATION XI

Madame Yvonne Le G..., 28 ans, sans profession, entre le 26 novembre 1934.

Elle est mariée depuis 12 ans; elle est tombée malade en janvier 1931. Elle a été soignée à Pau, puis à Hauteville.

On a créé, pour collaber une cavité du lobe supérieur droit, un pneumothorax artificiel droit le 17 août 1934.

La malade est actuellement bien portante (74 kilos).

Antécédents familiaux. — Mère décédée d'un néoplasme à l'estomac.

Père et une sœur bien portants.

Antécédents personnels. — Régée à 12 ans.

Salpingite à 20 ans.

Le mari est malade depuis 1920. Il a été soigné chez lui, par sa femme jusqu'en 1931.

Il est actuellement en sanatorium.

Nous insistons sur le fait que notre proportion de 10,4 % ne vise pas la coïncidence de la tuberculose chez les deux époux, mais bien celle qui nous a paru, après une critique sévère, imputable à la contagion.

L'observation VI est à ce sujet particulièrement édifiante, puisque Madame N..., contaminée par son premier mari, a contaminé ensuite son deuxième mari, bien portant auparavant.

Nous verrons d'ailleurs, dans notre discussion générale, que dans plusieurs statistiques comme dans la nôtre, la même distinction sur les chiffres rapportés doit être faite, pour répondre à la définition que nous avons donnée de la tuberculose conjugale, à savoir la contamination d'un sujet sain par son conjoint malade.

CHAPITRE IV

CRITIQUE ET INTERPRETATION DES FAITS

L'ensemble de cette étude montre que, contrairement à l'opinion de la généralité des médecins dans les années qui suivirent immédiatement les découvertes de Villemin, la contagion de la tuberculose chez l'adulte, ou plus exactement, l'évolution chez l'adulte d'une tuberculose grave contractée par contagion, est loin d'être constante. Nous n'avons d'ailleurs pas à insister sur ce point et c'est aujourd'hui un fait admis par la quasi-totalité des phtisiologues que si la tuberculose est indéniablement virulente, si l'inoculabilité des nourrissons ou des sujets maintenus à l'écart de tout foyer tuberculeux est la règle, en revanche, l'adulte présente aux réinfections exogènes une résistance beaucoup plus considérable. La discussion commence quand on s'efforce d'établir si cette résistance est absolue ou si au contraire la contagion de l'adulte et en particulier la contagion conjugale est possible et se rencontre avec une fréquence suffisante pour conserver une importance pratique. Nous l'avons vu, d'assez nombreux travaux et nos recherches personnelles

nous conduisent à conclure dans ce dernier sens. Mais, avant d'aboutir définitivement à ces conclusions, nous devons examiner la valeur des objections qui peuvent leur être faites.

Nous envisagerons tout d'abord les objections théoriques :

L'adulte, ayant vécu dans les conditions ordinaires de la vie citadine est dans la presque totalité des cas, dans un état spécial que l'on dénomme *allergie*, dont la cuti-réaction à la tuberculine est le témoin, et qui s'accompagne d'un certain degré de résistance. Mais devons-nous pour cela conclure qu'*allergie* et *immunité* à la tuberculose, voire même aux réinfections exogènes tuberculeuses, soient absolument synonymes? Pons, dans un article récent (1) souligne les contradictions qui se sont manifestées à la Conférence internationale contre la tuberculose réunie à La Haye et à Amsterdam, du 6 au 9 septembre 1932 — réunion qui avait inscrit comme première question à l'ordre du jour : les rapports de l'allergie à l'immunité dans la tuberculose. Et les travaux de J. Bordet, H. Alders-hof, S. Lyle Comin, de Bruno-Lange, les discussions de Urizio Lino, de Heintz-Blumel, ne permettent pas d'arriver à cet égard à une conclusion définitive. L'article consacré par A. Calmette aux relations entre l'allergie tuberculinique et l'immunité dans la tuberculose (2) conclut que l'allergie ne peut pas être, en même

(1) Presse Médicale. 26 déc. 1934. N° 103.

(2) Presse Médicale. 10 sept. N° 73.

temps qu'une réaction d'infection, une réaction révélatrice d'immunité. Tout récemment d'ailleurs une discussion à la Société Médicale des Hôpitaux sur la fréquence et la signification des cuti-réactions négatives chez les adolescents n'a pas établi avec certitude que les jeunes gens ne présentant pas ce test soient plus ou moins immunisés que les sujets allergiques.

Nous ne sommes donc pas autorisés à admettre que l'adulte allergique soit immun, partant, non contagionnable.

A. Lumière, fait à la possibilité de la contagion chez l'adulte une autre objection :

La tuberculose polymorphe, lentement évolutive, sujette à des rémissions, observée chez l'homme, résulterait en effet pour lui d'une infection prénatale par l'ultra-virus tuberculeux, non d'une infection après la naissance par les formes alcool-acido-résistantes du bacille.

Ce serait sortir du cadre de notre sujet que reprendre toutes les discussions sur l'ultra-virus tuberculeux et sur l'hérédité de la tuberculose. Nous nous bornerons à rappeler que nombre d'auteurs contestent l'existence de l'ultra-virus et rapportent à des infections pauci-bacillaires les faits qui semblaient lui être attribuables, et que, même sans entrer dans ce débat, les travaux faits à la crèche de l'hôpital Laennec sous la direction du P^r *Léon Bernard*, par *Debré*, la thèse de *Lelong*, ont établi la très grande fréquence de la contamination post-natale au foyer familial infecté, par opposition à l'hérédo-tuberculose.

Le grand nombre des cuti-réactions négatives chez l'enfant avant la sixième année plaide dans le même sens, au moins pour les auteurs qui, avec Calmette, considèrent l'allergie tuberculinique comme le témoin d'une infection. Enfin les « visites prophylactiques » faites chaque jour dans les Dispensaires anti-tuberculeux ne permettent pas de découvrir régulièrement une tuberculose latente chez les ascendants des malades. En définitive, les notions actuellement bien établies ne s'opposent pas absolument à la possibilité de la contamination de l'adulte.

Quant à l'examen des faits, M. Lumière déclare que toutes les statistiques sur la fréquence de la tuberculose conjugale établissent que celle-ci ne dépasse pas 10 à 11 % et il affirme que telle est la conclusion en particulier de la vaste discussion soutenue dans la cinquième réunion des assises générales de la Médecine française; il conclut que cette proportion, étant la même que celle que l'on rencontrerait dans n'importe quel groupe humain, la même aussi qu'établit le calcul des probabilités sans faire intervenir la contagion, la tuberculose conjugale n'existe pas. Mais M. Lumière confond deux ordres de faits bien différents : Dans un de ses articles (1) il écrit, en effet, citant les conclusions de ces Assises nationales de la Médecine française : « De la longue et passionnante discussion à laquelle prirent part les meilleurs orateurs de la médecine

(1) Presse Médicale, 15 nov. 1933, N° 91.

cine française, il résulte que la tuberculose conjugale (*contagion d'un conjoint à l'autre*) existe, mais assez rarement, n'affectant pas plus de 10 % des époux exposés à la maladie durant de longues années. » Et quelques lignes plus loin : « Par conséquent le taux de 10 % admis par la V^e Assemblée des Assises nationales correspond sensiblement au pourcentage qui doit être enregistré *en dehors de toute contagion* ce qui prouve péremptoirement que la contagion conjugale n'existe pas ou qu'elle est négligeable ». Qui ne voit, en rapprochant ces deux textes, que M. Lumière affirme que les conclusions de l'Assemblée précitée mentionnent 10 % de *coïncidences* de tuberculose chez les deux époux, alors que le rédacteur des conclusions a bien spécifié que ce chiffre se rapportait aux cas de *contagion*, les cas de coïncidence étant beaucoup plus nombreux. De même, dans le présent travail, nous retenons après critique une proportion de 10,4 % de faits *imputables à la contagion*, mais nous avons trouvé dans 22,8 % des cas examinés la tuberculose des deux conjoints.

D'autres faits viennent d'ailleurs à l'appui de nos conclusions. Nous rappellerons l'étude, déjà citée dans ce travail, du D^r *Pissavy* sur la fréquence des cas de tuberculose éclatant chez des étudiants en médecine affectés soit à des services de médecine générale, soit à des services de tuberculeux — et plus élevée dans ce dernier groupe, et l'article si souvent cité du D^r *Rist* et de Mademoiselle Marie *Simon* sur la contagion tuberculeuse chez les infirmières et nous rapporterons pour

les faire nôtres quelques-unes des phrases de cet article.

« L'allergie, disent les auteurs, peut être au bout de plusieurs années forcée par un apport occasionnel plus massif, ou fléchir à l'occasion de quelque circonstance mal définie. » Et plus loin : ces quelques observations apportent, croyons-nous, un appoint qu'on ne saurait négliger à la doctrine *si imprudemment battue en brèche de nos jours* de la réinfection exogène de l'adulte. Certes, il serait puéril de la tenir pour commune et de passer sous silence la réinfection endogène vraisemblablement plus fréquente. » Mais on ne peut « *nier que la tuberculose ne puisse se transmettre d'adulte à adulte* ».

Ces phrases extraites de l'article du D^r Rist et de Mlle Simon font allusion aux « circonstances mal définies » qui peuvent entraîner le fléchissement de l'allergie et aux « apports massifs » qui peuvent la forcer.

Ce sont, en effet, les conditions qui nous paraissent ressortir également de notre étude. En effet, les 11 observations de contagion que nous rapportons comportaient toutes un apport bacillaire massif. Elles étaient recueillies dans le milieu ouvrier, souvent dans des conditions de vie précaire avec une alimentation insuffisante, des conditions d'habitation médiocres, un manquement constant aux règles de l'hygiène. Toutes établissent l'intimité extrême et prolongée jusqu'à la mort du malade contaminant et du conjoint conta-

miné. Plusieurs de nos malades (observations II, III, IX, X) nous ont déclaré qu'elles partageaient encore le lit de leur mari une semaine avant la mort de celui-ci. Quant aux conditions susceptibles d'entraîner le fléchissement de l'allergie, notre travail ne peut, plus que les autres, les expliquer toutes. Nous remarquons cependant que, d'accord en cela avec la plupart des travaux consacrés au même sujet, il établit la *fréquence beaucoup plus grande de la contamination de mari à femme (9 cas) que de femme à mari (2 cas)*.

En dehors même des conditions anergisantes bien connues propres à la femme, nous avons tendance à faire intervenir pour expliquer ce fait la misère plus grande et le surmenage plus intense qu'entraînent pour la femme la maladie et la mort de son mari dont le travail produit normalement le plus clair des revenus du ménage. Il semble donc possible qu'aux états physiologiques anergisants comme la grossesse ou la lactation, ou pathologiques, susceptibles d'entraîner une diminution de la résistance organique vis-à-vis de la réinfection par le bacille tuberculeux, il faille ajouter, comme le pensaient les médecins anciens, les privations, les fatigues, les mauvaises conditions hygiéniques, le surmenage. Ce dernier point du problème reste d'ailleurs obscur. Il n'appartient pas en propre à la contagion et les causes susceptibles d'amener un fléchissement de la résistance organique susceptibles, comme le dit *Pons*, de produire « le déséquilibre dans la symbiose Bacille de Koch-organisme humain », outre qu'elles sont incomplètement déterminées, sont

aussi bien capables de provoquer le réveil d'une infection endogène que la possibilité d'une contamination exogène.

Nous ne nous étendrons donc pas davantage sur ce sujet, et nous retiendrons seulement de notre étude que, malgré l'indéniable résistance opposée par l'adulte à la contagion, malgré même le caractère souvent bénin des réinfections exogènes dues à un fléchissement temporaire de l'organisme, caractère qui semble ressortir des observations citées par M. Rist et Mlle Simon, la contagion tuberculeuse chez l'adulte et la contagion conjugale en particulier ne sauraient être sans péril absolument négligées par le médecin et par l'hygiéniste.

CONCLUSIONS

1° On doit, sous le nom de tuberculose conjugale, distinguer, non pas tous les cas où la maladie atteint les deux conjoints, mais seulement ceux où la critique des faits semble établir qu'un conjoint sain, et cependant soumis antérieurement à des contacts avec le bacille tuberculeux, a été contaminé par le conjoint malade.

2° Ainsi comprise, cette étude présente un intérêt très particulier, car la vie conjugale réalise au maximum les conditions favorables à la contagion (multiplicité des voies de pénétration du germe, réinfections successives, dans bien des cas, apport bacillaire massif).

3° Le problème de la contagion tuberculeuse de l'adulte, dont la tuberculose conjugale représente un cas typique, reste, en effet, posé malgré les résultats unanimement admis des recherches de Villemin et de ses successeurs sur l'inoculabilité de la tuberculose, en raison de l'état spécial où se trouve, vis-à-vis du bacille tuberculeux, l'adulte ayant vécu dans des agglomérations : état communément désigné sous le nom *d'allergie*.

4° De notre étude, portant sur 105 ménages dont l'un des conjoints était malade, il résulte que l'autre conjoint a été atteint dans la proportion de 22,8 % et que, après critique des faits, on doit retenir comme répondant à la définition que nous avons donnée de la tuberculose conjugale, un nombre de faits dont la proportion est de 10,4 %.

5° Cette statistique établit donc que la contagion de l'adulte est possible dans des conditions spéciales et dans un nombre de cas qui dépasse 1 sur 10.

6° Cette conclusion est en accord avec d'autres faits laboratoires du docteur Bist, étudiants en médecine cités par le docteur Pissavy), qui contribuent aussi à établir l'existence dans des conditions particulières de la contagion chez l'adulte.

7° Celle-ci, bien que moins importante que la contagion chez le nouveau-né ou l'adulte récemment importé, existe donc et ne saurait être entièrement négligée dans les mesures prophylactiques destinées à combattre l'éclosion de la tuberculose.

Vu : Le Doyen
A. ROUSSY

Vu : Le Président de la Thèse
M. CARNOT.

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris :

S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

Devant le nombre des travaux parus sur ce sujet, nous nous sommes systématiquement abstenus de faire une bibliographie complète.

On pourra trouver cette bibliographie détaillée dans les thèses suivantes :

M. E.-L. ROUSSEL. — Tuberculose conjugale. Contagion et mariage. (Nancy 1921-22.)

G. MARTEAU. — Tuberculose conjugale. (Lyon 1925-26.)

A. ALIBERT. — La tuberculose de l'adolescent. (Paris 1931.)

Parmi les articles parus depuis ces ouvrages ou ceux qui ont retenu particulièrement notre attention, nous citerons les suivants :

A. CALMETTE. — Au sujet des relations entre l'allergie tuberculinique et l'immunité dans la tuberculose. *Presse Médicale*, 10 sept. 1932.)

A. CALMETTE. — La tuberculose est-elle contagieuse? (*Presse Médicale*, n° 77, 27 sept. 1933.)

BEZANCON. — Villemin et la notion de contagion dans l'infection tuberculeuse. (*Bull. de l'Académie de Médecine*, 18 oct. 1927.)

BEZANCON et BRAUN. — La notion de la tuberculose fa-

miliale. Son importance pour le diagnostic et les directives qu'elle impose. (La Médecine, mai 1925.)

A. GISMONDI. — A propos de la contagion de la tuberculose. (Presse Médicale, n° 28, 7 avril 1934.)

P. JACOB. — Considérations sur l'Étiologie de la tuberculose. Le problème de l'hérédité et de la contagion. (Semaine des Hôpitaux de Paris 1934.)

J. LEGENDRE. — De quelques modes de contagion de la tuberculose. (Presse Médicale, 25 avril 1934.)

A. LUMIÈRE. — A propos de l'hérédo-prédisposition à la bacillose. (Hauteville-Lompnes Médical, 1929.)

A. LUMIÈRE. — L'allergie dans la tuberculose. (Paris Médical, 25 avril 1931.)

A. LUMIÈRE. — La Tuberculose chez les nègres. (Art Médical. T. VIII. P. 18, 1931.)

A. LUMIÈRE. — L'hérédo-tuberculose. (Phare Médical de Paris. T. XI, p. 371, 1932.)

A. LUMIÈRE. — A propos de la contagion des infirmières dans les services de tuberculeux. (Avenir Médical 1933.)

A. LUMIÈRE. — A propos de la contagion conjugale. (Avenir Médical, n° 5, mai 1933.)

A. LUMIÈRE. — La tuberculose est-elle réellement contagieuse? (Presse Médicale, n° 91, 15 novembre 1933.)

A. LUMIÈRE. — A propos de la contagion tuberculeuse. (Presse Médicale. 28 juillet 1934.)

A. LUMIÈRE. — La tuberculose est-elle réellement contagieuse? (Presse Médicale. 28 juillet 1934.)

MARIE SIMON. — Contribution à l'étude de la contagion de la tuberculose chez l'adulte. (Thèse de Paris 1933. Lib. Le François. Edit.)

R. PONS. — Réflexions sur l'infection tuberculeuse de l'homme. (Presse Médicale, 26 décembre 1934.)

E. RIST et MARIE SIMON. — Contribution à l'étude de la contagion tuberculeuse chez les infirmières. (Presse Médicale, n° 83. 18 octobre 1933.)

M. SACORRAFOS. — L'hérédité de la tuberculose. (Presse Médicale. 21 septembre 1929.)

L. THÉVENOT. — L'évolution des connaissances sur le virus tuberculeux filtrant et la question de l'hérédité tuberculeuse. (Clinique et Laboratoire. 20 janvier 1927.)

La tuberculose conjugale. — Médecine générale française. Mars 1933.

M. A. Simon. — Contribution à l'étude de la contagion
de la tuberculose chez l'adulte (Thèse de Paris
1937. Lib. Le François Ed.).
B. Pons. — Réflexions sur l'infection tuberculeuse de
l'homme (Presse Médicale 25 décembre 1937).
K. Hart et M. A. Simon. — Contribution à l'étude de la
contagion tuberculeuse chez les enfants.
Presse Médicale n° 83, 18 octobre 1937).
M. S. Simon. — L'hérédité de la tuberculose (Presse
Médicale 21 septembre 1937).
L. T. — L'évolution de la tuberculose.
L'Année Tuberculeuse 1937 et 1938.

Imprimerie Spéciale de la Librairie LIPSCHUTZ. — Paris

La tuberculose chez l'adulte. — M. A. Simon. — Paris, 1937.

